Aus der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg
(Direktor: Prof. Dr. Runge).

STANFORD UNIVERSITY
MAR
8
1938
LIBRARY
Lane Medical Library

Beiträge zum Krankheitsbild der chronischen Vulvaulcerationen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Rupprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Georg Werner Groß
aus Wilhelmshaven.

1935

Dissertationsdruckerei und Verlag Konrad Triltsch, Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der
Universität Heidelberg.

Dekan:
Prof. Dr. Schneider.

Referent:
Privatdozent Dr. Kleine.

1935.

Herrn Medizinalrat Dr. Georg Schaede
in Dankbarkeit und Verehrung!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153506_0134

Beiträge zum Krankheitsbild der chronischen Vulvaulcerationen.

Für die Entstehung chronischer, ulcerierender Vulvaerkrankungen kommen verschiedene Ursachen in Frage. Zunächst sind die Dermatomykosen der Vulva zu nennen. Hierher gehört die in Deutschland seltene Sporotrichosis (1). Die Diagnose ist nur durch Kulturverfahren (Glykose-, Maltose-, Traubenzuckeragar) möglich. Man findet in der Cutis und Subcutis gummaartige, erweichende, zerfallende, dann auch hartelastische, verschiebliche Knoten. Es können eitrige Herde oder Ulcerationen mit lividen, zackigen Rändern auftreten.

Günstig wirkt eine Therapie mit Jodkalium oder Jodnatrium.

Ferner ist die Aktinomykose der Vulva (1) anzuführen. Sie ist ebenfalls sehr selten. Es entstehen hierbei cutan und subcutan Knoten, Infiltrate und kleine Geschwülste, welche später abscedieren und die charakteristischen Aktinomycesdrusen enthalten.

Im Frühstadium ist chirurgische Behandlung angezeigt, sonst bleibt nur die Röntgenbestrahlung übrig. —

Elephantiasis Vulvae. Es gibt eine seltene congenitale Form und eine erworbene, die ausschließlich infektiöser Natur ist (Kehrer). Die Aetiologie ist nicht einheitlich. Elephantiasis vulvae kann auftreten nach Tuberkulose, Lues, Erysipel, nach Gonorrhoe in Verbindung mit Syphilis und bei Carcinommetastasen der Leistendrüsen.

In den Tropen gibt es besondere Formen der Elephantiasis vulvae. Die teigigen, dann verhärteten Schwellungen können enorme Ausmaße annehmen.

Die Therapie hat auf die ursächliche Entstehung Rücksicht zu nehmen und kann in chirurgischen Maßnahmen bestehen. — Ulceröse Vulvaveränderungen kann auch die Lepra herbeiführen. Die Diagnose wird eindeutig durch den Bazillennachweis gesichert (1).

Die luischen Vulvaveränderungen. Das Primärstadium kann einige Aehnlichkeiten mit der noch zu besprechenden Esthiomène vulvae et ani aufweisen. — Wir sehen hier den Primäraffekt als Ulcus durum, das solitär auftritt, knorpelharten Grund und scharfe Begrenzung zeigt; dazu kommt ein indurativ es Oedem der Labien, jedoch ohne tiefe Zerstörung und elephantiastische Schwellung. Die differential-diagnostische Abgrenzung gegen Esthiomène war in einem solcher Frühfälle von Szasz erst nach einer prompt erfolgreichen Hg-Kur möglich, da ja die Wassermannsche Reaktion in der ersten Woche noch nicht positiv sein konnte. —

Das sekundäre Stadium der luischen Vulvaveränderungen äußert sich besonders in der Bildung der Condylomata lata. Das Erkennen dieser Form ist relativ einfach und wird gestützt durch die bekannten Allgemeinerscheinungen (Hautsyphilide), typische Anamnese und die Serumreaktion.

Therapeutisch wirken entsprechende antiluische Kuren.

Auch das tertiäre Stadium kann Aehnlichkeiten mit der Esthiomène bieten; wir denken hier an das Syphiloma ano-rektale. Es ist indessen nicht häufig. — Bei der Sicherung der Diagnose sind die übrigen Zeichen der tertiären Lues heranzuziehen (1).

Ulceröse Vulvitiden kann fernerhin das Ulcus molle (1, 3) verursachen. Es bildet multiple, oberflächliche, scharf begrenzte, nicht zerstörende Ulcera. Wichtig ist der Nachweis von Unna-Ducrey-Bazillen. Allerdings sind manche Autoren nicht von der Spezifität der Streptobazillen überzeugt.

Makroskopisch wichtig ist der Bild der Geschwüre mit den zackigen, überhängenden Rändern. — Es gibt seltene chronische Verlaufsformen. Einen lehrreichen Fall von serpiginösem (d. h. durch Confluens von Geschwüren entstandenen) Ulcus molle von jahrelanger Dauer beschrieb Cordes (1923). Die Diagnose machte größte Schwierigkeiten. Man dachte an das tropische venerische Granulom, bis schließlich doch Unna-Streptobazillen nachgewiesen werden konnten. Wichtiger ist die Mischinfektion mit fusiformen Stäbchen und nichtluischen Spirochaeten, die eine andere Verlaufsform der Erkrankung mit starker Gewebszerstörung und Blutungen (Ulcus molle gangraenosum) bedingen.

Die operative Behandlung ist verlassen; man benutzt den Lapisstift, Carbolsäure (Herff 1895) und Jodoformpulver.

Der Gonococcus ist nicht nur ein Schleimhautparasit, sondern er kann sich auch in lädierten Hautteilen der Vulva einnisten und Geschwüre bilden. — Es gibt drei Arten derartiger Ulcera:

a) oberflächliche
b) tiefe
c) serpiginöse.

Die letzten sind prognostisch ungünstiger und von langer Dauer.

Neben die Behandlung mit Silbernitratlösung oder dem Lapisstift tritt die Therapie mit Arthigoninjektionen (1).

Ziemlich selten ist die Tuberkulose der Vulva (1). Sie tritt morphologisch vielgestaltig auf; nämlich als Lupus vulvae und als Ulcus vulvae chronicum tuberculosum. Das letztere kann durch Fistelbildungen zu kloakenartiger Deformierung der Genital- und Dammgegend führen. Außerdem unterscheidet man die Elephantiasis tuberculosa (s. o.). — Der Nachweis von Tuberkelbazillen gelingt oft nicht, so daß man sich auf den typischen Befund im histologischen Präparat und das Vorhandensein tuberkulöser Prozesse in anderen Organen verlassen muß.

Esthiomène (1, 3, 4, 5, 6, 7) zeichnet sich aus durch ein oder mehrere schmerzlose, verschieden tiefe Ulcerationen mit lividen, aufgeworfenen (callösen) Rändern und glattem, pralloedematösem, speckigderbem Grunde. Es kommt zur Ausbildung eines derben Skleroedems, tumorartigen, elephantiasisähnlichen Wucherungen mit Fistelbildungen. Esthiomène wird nur bei Frauen, besonders Prostituierten, im Gebiet der Vulva, des unteren Vaginalabschnitts der Urethra und des untersten Rektumteiles beobachtet. — Der Verlauf ist äußerst langwierig und ohne Heilungstendenz. Die Keime, die auf den Geschwüren gefunden werden, gelangen wohl durch Sekundärinfektion dorthin (Bucura 1930). — Die Diagnose muß per Exclusionem gestellt werden.

Eine wirksame Therapie gibt es bis jetzt nicht. —

Esthiomène kann durch die verschiedensten Ursachen bedingt werden. Besonders auf luischer Basis kann die Krankheit sich entwickeln, ferner sind zu nennen Tuberkulose, Gonorrhoe, Ulcus molle, intensive chronische Reizeinwirkungen. Von Interesse könnte eine tropische Form, die Joachimovits beschreibt, sein (8). Hier findet man eine Mischinfektion mit Unna-Ducrey-Bazillen und Spirochaeten.

Lymphgranuloma inguinale (Nicolas-Favre-Durandsche Krankheit), in der Literatur abgekürzt „L. i.", ist neuerdings bekannter geworden (3,9—20) und wird heute als vierte Geschlechtskrankheit angesehen. Der Name ist wenig zweckmäßig, da er nur auf eine besondere Krankheitserscheinung Bezug nimmt; unter den zwölf Synonyma ist er jedoch der bekannteste.

Das Leiden beginnt mit einem Primäraffekt ähnlich der Lues, der meist am Genitale auftritt, jedoch auch am übrigen Körper sich zeigen kann, und zwar in Form flacher Ulcera, Erosionen, oder herpetiformer Effloreszenzen. Dabei entsteht zunächst eine geringe Schwellung der Inguinaldrüsen. Dann machen sich allgemeine Symptome bemerkbar: Hochgradige Schwäche, Schlaflosigkeit, Abmagerung, Fieber; dazu kommen Milz- und Leberschwellungen. Es können sich Abszesse der Leistendrüsen bilden. Oft entstehen Bilder, die sich nicht leicht von der Esthiomène abgrenzen lassen; Frey bezeichnet die Esthiomène als Folgekrankheit (9). —

Zur L. i.-Diagnose dient heute besonders die

1. Frei'sche Intracutanreaktion,
2. das typische histologische Bild (u. a. Nachweis sog. Gamnakörperchen),
3. die Uebertragbarkeit auf Affen (macacus cynomolgus), vergl. Hellerström-Wassèn 1930 (13).

Es handelt sich um ein ultravisibles Virus.

Bisher ist keine sicher wirksame Therapie bekannt.

Das Carcinoma vulvae bevorzugt die großen und kleinen Labien und die Clitoris. Für Carcinom sprechen harte Infiltrationen des Gewebes, Blutungsneigung und Vergrößerung der Leistendrüsen. Die histologische Untersuchung vermag die Diagnose einwandfrei zu klären.

Wir haben zunächst eine Uebersicht über die einzelnen ätiologischen Möglichkeiten gegeben und wollen nun über einige eigene Beobachtungen berichten.

I.

Eigene Beobachtung eines Falles von chronisch-ulceröser Vulvitis mit Uebergang auf die Analgegend.

Um zu zeigen, welche Schwierigkeiten sich der Aufklärung derartiger Erkrankungen entgegenstellen, bringen wir eine eigene Beobachtung über einen Fall von chronisch-ulceröser Vulvitis.

Anamnese:

Im November 1926 wurde die damals 31-jährige Frau J. in gutem Allgemeinzustand in die Klinik aufgenommen. Sie gab an, im 12. Lebensjahr einen tuberkulösen Infekt der rechten Lunge und im 18. Le-

bensjahr eine Lungen- und Rippenfellentzündung durchgemacht zu haben, ferner Gallensteinkoliken vom 16. bis 24. Jahr und eine Blasenentzündung mit 24 Jahren. Ob ein Ausfluß im Jahre 1916 gonorrhoischer Natur war, ist heute nicht mehr zu klären.

Im Verlauf der 3. Gravidität im Jahre 1926 wurde die Patientin in der Gegend des Genitale und der rechten Inguinalfalte wund. Es traten kleine „Pöckchen" auf, die der Hausarzt ätzte. Später entstanden kleine wunde Fleckchen in der Leistengegend, am Genitale und am Anus, die langsam größer wurden und keine Abheilungstendenz zeigten, auch nicht nach Beendigung der Schwangerschaft im Juli 1926. — Die Patientin klagte damals über Brennen beim Urinieren, starke ziehende Schmerzen im After und Schlaflosigkeit.

Man fand an der Vulva stark granulierende Granulationen, sowie ekzematöse Veränderungen. Die Labien wiesen ulceröse Deformationen auf. Die Clitorisgegend war sehr induriert, ebenso das Gewebe zwischen den großen und kleinen Labien. Der Uterus lag retrovertiert, er war normal groß. Leistendrüsenvergrößerungen konnten nicht festgestellt werden.

Die Therapie (Yatren-Resorcin-Umschläge, zweimal Röntgenschwachbestrahlung — im Abstand von 1/4 Jahr je 1 Vulvafeld, ca. 5% der H. E. D.) hatte keinen eindeutigen Erfolg.

Im Jahr 1927 wurde die Patientin für drei Monate in die hiesige Hautklinik aufgenommen, da sich Analbeschwerden infolge beginnender Strikturen eingestellt hatten; dazu kam eine relative Blaseninkontinenz. Es bestanden Ulcera von 10 Pfg.-Stück-Größe, isoliert, mit gelblichem Belag und hochroten, scharfbegrenzten, proliferierenden Rändern, und zwar in der rechten Leistengegend und an den kleinen Labien. Ein größeres Ulcus, dessen Ränder von hypertrophischen Granulationen gebildet wurden, war in der Analgegend sichtbar.

Nach abermaliger Umschlagstherapie (Bor-, NaCl-Wasser, Yatren) wurde eine Neosalvarsankur durchgeführt, mit negativem Erfolg. Die WaR und andere Serumreaktionen waren negativ. Ebenso wie Lues konnte man Tuberkulose, Mykosis fungoides, leukämische Infiltrationen, Diabetes und Carcinom ausschließen. —

Besonders auffällig war, daß sich bei der damals erst 32-jährigen Frau schon deutliche klimakterische Symptome zeigten:

1. Seit der letzten Schwangerschaft bestand vollkommene Amenorrhoe.
2. Hitzewallungen.
3. Atrophie von Uterus und Adnexen.
4. Zunehmender Fettansatz.

Im übrigen litt die Patientin sehr unter Schlaflosigkeit und Herzklopfen.

Nach Abschluß der Salvarsankur und der lokalen Therapie wurde die Patientin aus der Hautklinik in ambulante Behandlung entlassen.

Die Ulcera in der rechten Leistenbeuge waren etwas kleiner geworden. Die Wundflächen der Analgegend zeigten gute Granulation.

Im Jahr 1928 blieb der Zustand der Patientin fast völlig unverändert.

Dezember 1929 mußte sie wieder in die Frauenklinik aufgenommen werden, da seit einem halben Jahr eine Verschlechterung eingetreten war. Es hatten sich in beiden Leistenbeugen 12—15 cm lange

ulcerierte, eitrige, schmerzhafte Wundflächen gebildet. Nach Entfernung der eitrigen Beläge fanden sich bläulich-rote Granulationen. Aehnlich war der Zustand der Analgegend. Die Portio zeigte Erosionen und die Labien waren geschwollen. Die Diagnose lautete: Chronische Vulvitis mit ausgedehntem, ulcerierendem, chronischem Ekzem der Leistenbeugen und des Anus.

Die Patientin wurde damals hauptsächlich mit Argentum (1%) behandelt.

Das Leiden schritt, wenn auch langsam, immer weiter fort. Die Frau stand unter Beobachtung des Hausarztes, der sie mit Höhensonne behandelte. Da sich aber die umgebende Haut daraufhin „in Fetzen ablöste", machte sie Kuren auf eigene Faust (Sitzbäder mit Heublumen). Die Schmerzen wurden aber ständig schlimmer, sie strahlten auch in die Beine aus. Beim Stuhlgang traten erhebliche Schmerzen auf.

November 1930 wurde die Patientin erneut in die Hautklinik aufgenommen, wo sie ein volles Jahr verblieb.

Aus dem damaligen Aufnahmebefund geht deutlich das Fortschreiten der Erkrankung hervor:

„In den Genitocruralfalten beiderseits ein etwa 10 cm langes, 3 cm breites, tiefes, schmierig belegtes Ulcus mit scharfem, etwas hypertrophischem Rand. Die kleinen Labien sind ebenfalls ulcerös verändert; in der Rima ani findet sich ein etwa gleich großes Ulcus mit hypertrophischem Rand". — Wichtig sind vielleicht auch die damals festgestellten Mundschleimhautveränderungen; die unteren Molaren waren weitgehend von Zahnfleisch entblößt, das sonst stark hypertrophisch erschien. An der Wangenschleimhaut fand man mäßig tiefe Ulcerationen mit schmierigem Belag, z. T. stark hypertrophische Ränder. Dazu übler Foetor ex ore. Vielleicht war diese Mundaffektion durch Verschleppung von Keimen des genitalen Ulcerationsgebietes entstanden.

Die Behandlung während dieses Jahres bestand im Wesentlichen in Umschlägen aller Art (Borwasser 2%, Yatrenlösung $^1/_2$%; Trypaflavin $^1/_2$%; Argentum nitric. 10%; letzteres nur zweimal), ferner in Kamillensitzbädern und 11 Yatreninjektionen (3%, steigend 1—4 ccm). — Die Mundaffektion ging auf Spülungen mit $KMnO_4$-Lösung, Kamillentee und Pinselungen mit Acid. lact. 10—20% zurück. — Der Erfolg im November 1931 war im Ganzen zufriedenstellend: Die Geschwülste verschwanden bis auf einen linsengroßen Rest in der rechten Leistenbeuge. —

Lange hielt dieser günstige Zustand nicht an. Schließlich mußte die Patientin erneut die Frauenklinik aufsuchen und sich wiederum fast einjähriger Behandlung unterziehen (Juli 1932 bis Juni 1933).

Der Aufnahmebefund lautete:

Große und kleine Labien sind zu einer geröteten, geschwollenen, unförmigen Masse verbacken. Erbsengroße Geschwüre sitzen auf ekzematösem Grund. In der Vagina und am Anus sind große Ulcera, die sich als sehr schmerzhaft erweisen. Die ganze Leisten- und Vulvo-Analgegend ist ekzematös verändert.

Histologischer Befund des am 27. 9. 32 excidierten Gewebsstückes aus der Vulvagegend.

Folgende Färbemethoden wurden angewandt:
Haematoxylin-Eosin, van Gieson, Elastica, Sudan, Levaditi.

In den ulcerierten Abschnitten ist das Epithel in Verlust geraten. Es finden sich zahlreiche wohl als Fibroblasten aufzufassende, große, blasse Zellen mit runden Kernen und basophilem Protoplasma. Nach dem Stratum subcutaneum zu trifft

man auch Lymphocyten- und Leukozyteninfiltrate. Das elastische Gewebe ist stellenweise gelockert und zerstört.

Das Bindegewebe der an die ulcerösen Gebiete angrenzenden Abschnitte ist sklerosiert.

Dort, wo die Epidermis noch erhalten ist, zeigt sie oberflächliche Verhornung und ausgedehnte subepitheliale, lymphozytäre Infiltration. Die Lymphgefäße des Coriums sind z. T. dilatiert und stark mit Lymphe gefüllt, Spirochaeten lassen sich nicht nachweisen (Levaditi), ebensowenig Riesenzellen oder sog. Gamnakörperchen.

Es wurde zunächst ein Versuch mit Autovaccine durchgeführt, welche im hiesigen hygienischen Institut aus den haemolytischen Streptococcen und den diphtheroiden Stäbchen des Wundabstriches hergestellt waren (4 Injektionen):

1.	3	Millionen	Keime	diphth. Stäbchen	0,1 ccm
	2	„	„	haem. Streptoc.	0,1 „
2.	6	„	„	diphth. Stäbchen	0,2 „
	4	„	„	haem. Streptoc.	0,2 „
3.	9	„	„	diphth. Stäbchen	0,3 „
	6	„	„	haem. Streptoc.	0,3 „
4.	9	„	„	diphth. Stäbchen	0,3 „
	6	„	„	haem. Streptoc.	0,3 „

Ein Erfolg war nicht festzustellen.

Dann suchte man vor allem hormonal einzuwirken.

Daß inkretorische Störungen vorlagen, war nach dem Auftreten des Klimakterium praecox (bei der erst 31-jährigen Frau) nicht zweifelhaft. Man gab daher nacheinander folgende Präparate:

1. Progynon, tgl. 1 ccm, im ganzen 1100 M. E. (27. 7. 32—6. 8 32).
2. Unden, 2mal tgl. 1 Tbl., im ganzen 68 Tbl. = 6800 M. E. (8. 8. 32—11. 9. 32).
3. Prolan, (abwechselnd mit Thyroxin, je 3 Tage Prolan, bez. Thyroxin), tgl. 1, später 2 Tbl., im ganzen 38 Tbl. = 5700 R. E. (19. 3. 33—27. 5. 33).
4. Thyroxin, tgl. 3 mal 1 Tbl., im ganzen 66 Tbl. = 0,1650 Thyroxin (15. 3. 33—5. 5. 33).

Außerdem wurde noch unspezifische Reizkörpertherapie getrieben in Gestalt von Detoxin-Injektionen vom 18. 1. bis 13. 3. 32, im ganzen 84,5 ccm.

Ferner gab man Vitamin A, weil man glaubte, dadurch anregend auf die Wundheilung einwirken zu können. Die Patientin erhielt etwa 6 Monate lang tgl. 1 Tbl. Vitamin A.

Schließlich gab man ihr Introcid, ein von Grippain (17) angegebenes Jod-Cer-Präparat, das besonders bei Krankheiten nach Art des Lymphogranuloma inguinale günstig wirken soll. Die Patientin bekam vom 28. 10. 32 bis 24. 11. 32 9mal 4,0 bez. 5,0 ccm Introcid intravenös alle 3 Tage.

Endlich wurde ab 17. 2. 33 kochsalzfreie Kost nach Sauerbruch-Hermannsdörfer verordnet (durchgeführt bis Juni 33).

Außerdem wurde die Patientin mit Sitzbädern, Höhensonne, Thermocauterisationen, Argentum nitr. und Umschlägen aller Art behandelt.

Alle therapeutischen Bemühungen blieben fast wirkungslos. Frau J. wurde zwar im Juni 33 „gebessert bei Wohlbefinden" entlassen, aber ein durchgreifender Erfolg war nicht zu verzeichnen. Als die Patientin drei Monate später zur Vorstellung in die Ambulanz kam, bot sich wie-

der ein hoffnungsloses Bild geschwüriger Verwüstung der ganzen Vulvo-Analgegend dar.

Auch seelisch war die Patientin vollständig zusammengebrochen; sie hatte schon 1929 einen Selbstmordversuch unternommen. Durch das Leiden ist die Familie in trostlose finanzielle Verhältnisse geraten.

Differentialdiagnostische Bemerkungen.

1. Von den Dermatomykosen hätte man vielleicht im Anfangstadium der Erkrankung an Sporotrichosis denken können, jedoch spricht der klinische Verlauf gegen eine solche Annahme.
2. Echte elephantiastische Veränderungen haben wir nicht gesehen.
3. Lues war auszuschließen. Die Wassermannsche Reaktion und die anderen Serumreaktionen waren immer negativ. Auch sprach gegen Lues die erfolglose Neosalvarsankur 1927.
4. Ulcus molle. Der chronische Verlauf entspricht nicht einer Unna-Ducrey-Infektion, wenngleich es atypische Fälle von chronischer Art gibt, wie oben erwähnt. Streptobazillen wurden nie gefunden.
5. Gonorrhoe. Gonococcen konnten niemals nachgewiesen werden. Die Behandlung mit $AgNO_3$-Lösung verlief erfolglos. Der erwähnte Fluor im Jahre 1916 war mit großer Wahrscheinlichkeit unspezifischer Natur.
6. Vulva-Tuberkulose liegt nicht vor. Die Patientin hat heute keine tuberkulösen Lungenherde. Auch das histologische Bild zeigt keinen Anhaltspunkt für Tuberkulose (Path. Institut 27. 11. 30 und 27. 7. 32). Tuberbazillen waren nicht zu finden. Angestellte Tuberculinreaktionen hatten folgendes Ergebnis: 17. 11. 30: Pirquet +, 2. 11. 31: Pirquet +++, Moro —, Befunde, aus denen sich nichts schließen läßt.
7. Esthiomène. Da diese Erkrankung für unseren Fall besonders von Interesse ist, werden einige weitere Worte darüber angebracht sein.

Die Ursache der Esthiomène liegt eigentlich völlig im Dunkel. Esthiomène ist heute noch mehr oder weniger ein Sammelbegriff unklarer Affektionen. Nach J. Fabry soll ätiologisch das anhaltende Fortwirken eines entzündlichen Reizes in Betracht kommen. Man könnte in unserem Falle fast die jahrelange Behandlung als eine solche chronische Reizeinwirkung auffassen.

Nach dem gleichen Autor können spezielle Erreger nicht verantwortlich gemacht werden. Es besteht darin eine Aehnlichkeit mit dem Ulcus cruris, bei dem auch weniger bakterielle Einwirkungen, als trophische Störungen eine Rolle spielen. Anscheinend liegen auch bei unserer Patientin solche trophischen Störungen vor, vielleicht im Zusammenhang mit inkretorischen Störungen (langjährige Amenorrhoe). Lamanna faßt derartige „Ulcera non contagiosa" (Esthiomène) als Folge venerischer Excesse auf. Es sollen hierbei kleine Verletzungen entstehen, die dem ständigen Reiz der Scheidensekrete ausgesetzt sind; dazu kommt mangelhafte Reinlichkeit. — Durch ständige Traumata infolge Coitus wird die Heilung hinausgeschoben (Prostituierte!).

Ansteckend kann die Erkrankung nicht gewesen sein, da der Ehemann nach Versuchen von Geschlechtsverkehr zu Anfang der Affektion nicht erkrankt ist.

Daß unsere Patientin eine reich bewegte vita sexualis hinter sich hat, erscheint uns übrigens nicht zweifelhaft.

8. Wir dachten gelegentlich an das Vorliegen tropischer Formen von Vulvaulcerationen, wie Granuloma venereum (Erreger wahrscheinlich das Calymnato-Kapselbakterium Donovani) oder der tropischen Esthiomèneform, die Joachimovits (8) beschreibt. Der Ehemann war nämlich in südfranzösischer Gefangenschaft, weswegen eine derartige Infektion nicht ausgeschlossen gewesen wäre. Der Ehemann bestritt jede Infektionsmöglichkeit und es lag auch kein Grund zum Mißtrauen vor, besonders da sich weder für Granuloma venereum, noch für tropische Esthiomène stichhaltige Beweisgründe fanden.

9. Lymphogranuloma inguinale. Durch Anstellen der Freischen Reaktion konnten wir das Vorliegen von L. i. ausschließen. Das histologische Bild zeigte weder Gamnakörperchen noch Riesenzellen. Typische L. i.-Bubonen wies die Patientin nie auf.

10. Carcinom. Anfangs dachte man an die Möglichkeit eines Clitoriscarcinoms. Auf Grund des histologischen Befundes war diese Diagnose jedoch abzulehnen. Gegen eine solche Annahme spricht auch die Tatsache, daß das Leiden schon 7 Jahre besteht und das Allgemeinbefinden der Patientin trotzdem nicht schlecht ist.

11. Auch eine Hypophysenerkrankung im Sinne der Dystrophia adiposogenitalis kombiniert mit chronischen Vulvaulcerationen ist nicht anzunehmen. Zwar könnte das Auftreten von Fettsucht mit der für die Krankheit typischen Fettverteilung an den Hüften, Oberschenkeln und Mammae darauf hinweisen, ferner die Rückbildung des Uterus und der Adnexe, und besonders die Amenorrhoe. Opticussymptome zeigte die Patientin nie. Eine Röntgenaufnahme der Sella turcica ergab keinen Anhalt für pathologische Veränderungen. Die Behandlung mit Prolan (siehe oben) war ohne eindeutigen Erfolg (vergl. auch S. 1).

12. Pseudodiphtherie der Vulva ist nur einmal von Sachs-Königsberg (21) beschrieben, und zwar handelte es sich hier um Pseudodiphtherie-Beläge in luisch-gonorrhoisch infiziertem Gewebe. Sachs konnte übrigens die Affektionen durch Pinselungen mit 2% Trypaflavin in wenigen Tagen zur Abheilung bringen.

Auffälligerweise fanden wir bei unserer Patientin immer wieder im Wundabstrich Pseudodiphtheriebazillen.
(Befund des hiesigen hygienischen Institutes vom

9. 5. 27.
21. 12. 29. dazu Staphylococcus albus
18. 11. 30.
28. 7. 32. dazu haem. Streptococcen und Staphylococcen.
27. 9. 33. dazu Mischformen, haem. und anhaem. Streptococcen.

Wahrscheinlich handelte es sich um Sekundärinfektion.
Gegenüber Trypaflavin erwies sich die Pseudodiphtherie als resistent in unserem Falle. Auffallend ist das hartnäckige, jahrelange Verweilen dieser Bakterien.

Diagnose.

Aus den vorhergehenden differentialdiagnostischen Erwägungen wird man erkennen, daß für unseren Fall eine klaren Diagnosestellung nicht möglich ist.

Auffällig ist die lange Amenorrhoe. Schröder sagt im Handbuch für Gynäkologie: „Ob auch Hautkrankheiten primär als Ursache für Menstruationsstörungen in Frage kommen, läßt sich nur für Fälle als wahrscheinlich erweisen, bei denen schwere Allgemeinstörungen eintreten, z. B. Pyodermien, Furunkulose, schwere Ekzeme (22).

Es ergeben sich nun hinsichtlich unserer Patientin zwei Möglichkeiten der Auffassung.

1. Zunächst können wir uns die Amenorrhoe als Folge der chronischen Ulceration vorstellen, da es ja bekannt ist, daß auch bei ähnlichen Prozessen im Vulvagebiet ein Aufhören der Regel eintritt; z. B. sagt Joachimovits (8) in seiner Arbeit über eine tropische Esthiomèneform: „Fast alle diese Patientinnen haben eine Amenorrhoe."

Gegen eine solche Auffassung aber spricht die Tatsache, daß der Allgemeinzustand der Frau ein relativ guter war.

2. Andererseits kann man auch umgekehrt das Sistieren der Menses als übergeordnet ansehen und daraus die schlechte Heilungstendenz folgern.

Das Leiden entstand im Verlauf einer Schwangerschaft. Nach der Geburt trat keine Regel mehr auf. Unsere Versuche, die Ovarialtätigkeit wieder in Gang zu setzen, zeitigten keinen Erfolg. —

Wie groß der Einfluß der Ovarialtätigkeit auf die Heilung von Hautaffektionen sein kann, zeigen Fälle von Leszczynski und Liebhart aus der Lemberger Frauenklinik (23):

> 1. Präklimaterische Frau von 48 Jahren mit Hyperfunktion der Schilddrüse und Hypofunktion der Ovarien zeigt schwere ekzematöse, urticarielle, symmetrische Hauterscheinungen mit Juckreiz, besonders in den Beugeseiten der Extremitäten, dann an Bauch, Rücken und am Genitale (Diagnose: Urticarielles Ekzem). Die Heilung erfolgte durch abwechselnde Injektionen von Follikulin und Insulin, Lokalbehandlung und Bestrahlungen der vergrößerten Thyreoidea.

Der zweite Fall läßt die günstige Wirkung von ovaranregenden Präparaten bei manchen Hautalterationen erkennen:

> 2. 42-jährige Patientin mit juckendem Ausschlag, der von den Extremitäten auf Genitale und Gesicht übergeht, weist in Uebereinstimmung mit den Befunden von Grundumsatz und spezifisch dynamischer Eiweißwirkung eine Unterfunktion der Schilddrüse und des Hypophysenvorderlappens auf. Mit 24 Injektionen Follikulin und Prolan hatte man ausgezeichneten Erfolg.

Keller (24) beschreibt die Wirkung von Sexualhormonen bei einem Fall von Psoriasis arthropathica:

> Bei einer 30 Jahre alten Patientin tritt nach Kropfoperation Erlöschen der Menses ein. Daraufhin kommt es zu Effloreszenzen an Kopf, Gesicht, Körper und Extremitäten, ferner klagt die Patientin über Gelenkschmerzen bei subfebrilen Temperaturen. Auf Behandlung mit Progynon (25 Tage tgl. 1 Tbl. zu 150 ME.) folgt Besserung. Ein erneuter Schub von Effloreszenzen macht eine weitere 17-tägige Therapie mit Progynon und Prolan nötig; es bleiben nur noch Reste der Psoriasis übrig.

In diesem Zusammenhang ist folgender Passus der Zondeckschen Monographie (Seite 295) von Interesse: „. . . daß ich bei hartnäckigen Ekzemen im Klimakterium durch kombinierte Hormonbehandlung (tgl.

80 ME. Follikulin und 100 RE. Prolan intramusculär) gute Erfolge gesehen habe . . ."

Ein weiterer wichtiger Punkt in unserem vorliegenden Fall ist die Frage nach der Bedeutung der Pseudodiphtheriebazillen, die ja während des ganzen Krankheitsverlaufes nachgewiesen werden konnten. Da auch Joachimovits (8) bei seinen tropischen Esthiomèneformen die Anwesenheit solcher Pseudodiphtheriebazillen feststellte, und da ferner eine Reihe morphologischer Analogien zu den von Joachimovits als Esthiomène beschriebenen Krankheitsbildern bestehen, werden die Beziehungen der bei unserer Patientin bestehenden Veränderungen zur Esthiomène ersichtlich (Vulvo-anale Ulcerationsprozesse ohne Heilungstendenz).

Unsere Wahrscheinlichkeitsdiagnose wird also folgendermaßen lauten müssen:

Vulvitis pseudodiphtherica chronica ulcerosa mit Beziehungen zur Esthiomène und gleichzeitigem Bestehen von Daueramenorrhoe.

II.

Ein Fall von ulcerösem Labien-Carcinom auf dem Boden einer Kraurosis vulvae.

Am 20. Februar 1933 fand die 44-jährige Patientin Frau B. Aufnahme in die Universitäts-Frauenklinik. —

Aus der Vorgeschichte ist zu bemerken, daß die Periode mit 17 Jahren auftrat und bis vor einem Jahr regelmäßig verlief. 1919 machte die Patientin eine Fehlgeburt (im 2. Monat) durch. Es folgten dann 4 normale Geburten, die letzte im Jahr 1927. — Vor einem halben Jahre wurde eine linksseitige Leistenbruchoperation vorgenommen. — Die Periode ist seit einem Jahr unregelmäßig alle 2—4 Wochen; die Blutungen sind stärker als früher und dauern 7—8 Tage. Anschließend treten Schwächegefühle, fliegende Hitze und Kopfschmerzen auf. Seit $^3/_4$ Jahr bemerkt die Patientin am Scheideneingang mehrere kleine Geschwüre. Ein stärkerer Juckreiz bestand nicht. — Nach Ansicht der hiesigen Hautklinik handelte es sich nicht um maligne Bildungen. —

Der Genitalbefund ergab deutliche Kraurosis vulvae mit Entwicklung benigne aussehender Ulcera auf beiden kleinen Labien; und zwar links in Gestalt einer halbpfennigstückgroßen, aufgeworfenen, derben Stelle mit einer weißen hyperkeratotischen Perle am Rande, rechts in Form von zwei linsengroßen sich berührenden Substanzdefekten, deren Grund sich derb anfühlte. Der Uterus war etwas myomatös vergrößert. Die Inguinaldrüsen wiesen keine auffällige Vergrößerung auf.

Man gelangte zur Diagnose: Kraurosis vulvae, Myomatosis uteri.

Auffällig war das Fehlen von Juckreiz.

Als Therapie wurde Exstirpation der Vulva durchgeführt, aus der Erwägung heraus, daß häufiger auf dem Boden einer Kraurosis die Entstehung eines Carcinoms beobachtet worden ist.

Die Operation wurde am 22. 2. 33 vorgenommen. Man entfernte die

gesamte Vulva mit den beiden inguinalen Fettgewebspartien, wobei die inguinalen und subinguinalen Lymphdrüsen weggenommen wurden.

Erst die histologische Untersuchung (J.-Nr. 16 883) ergab, daß es sich um ein ulceröses Plattenepithelcarcinom handelte. Auch die exstirpierten Lymphdrüsen enthielten bereits Krebsnester.

Nach der Operation wurde eine Radiumbestrahlung vorgenommen. Es wurden 60 mg in einem Dominici-Röhrchen 15 Stunden vor die Vulva gelegt, wobei das Radium mittels 1 cm dicker Stentzmasse distanziert wurde. Anschließend erhielt die Patientin auf die Subinguinalgegend beiderseits je $2^1/_2$ H. E. D. Röntgenlicht (Filter 1,0 Kupfer, 40 cm Tubus).

Die Nachuntersuchung im Juli 1933 ergab keine Anzeichen von Recidiven. Die Narben waren hart und gut pigmentiert. Es bestand seit der Entlassung eine Gewichtszunahme von 4 Kg. —

Es handelte sich hier also um einen Fall von Vulvacarcinom auf dem Boden einer Kraurosis vulvae.

Das Ergebnis der zweiten Nachuntersuchung (Nov. 1933) war zufriedenstellend: Abgesehen von der narbigen Schrumpfung keine verdächtigen Resistenzen; gut pigmentierte Röntgenfelder.

Der Fall erscheint deswegen bemerkenswert, weil hier anscheinend gutartige Ulcerationen auf kraurotischem Boden sich histologisch als carcinomatös erwiesen. Ja, es waren von diesen kleinen Krebsgeschwüren bereits Metastasen ausgegangen.

III.

Sekundär syphilitische ekzematös-ulceröse Hautaffektion der Gesäßgegend bis an die Vulva heranreichend bei einer Schwangeren.

Die Patientin R. S., 33 Jahre alt, leidet seit Frühjahr 1931 an einem ulcerös-eitrigen, borkigen, ekzematösen, nässenden Ausschlag mit serpiginösen Rändern auf der rechten Gesäßhälfte, der sich bis zur Vulvagegend erstreckt. Außerdem finden sich gleiche Hautveränderungen am rechten Knie. Am Gesäß erreichte der Prozeß eine Ausdehnung von Handtellergröße.

Die Patientin wurde am 26. 1. 33 zur Entbindung in die Frauenklinik aufgenommen. Sie brachte am 29. 1. 33 ein lebendes Kind zur Welt. Die Entbindung war erschwert durch das Bestehen einer Placenta praevia totalis.

Aus der Vorgeschichte ist folgendes zu erwähnen:
Die Regel verlief normal. Patientin hatte sechsmal geboren, darunter waren zwei Totgeburten. — Der Ehemann war angeblich immer gesund, auch von Tuberkulose war in der Familie nichts zu ermitteln. Die Patientin weiß nichts von einer luischen Infektion. Die WaR und die übrigen Serumreaktionen am 31. 1. und 23. 2. 33 erwiesen sich als positiv. — Nach der Entbindung am 29. 1. 33 zeigte sich während des 3-wöchigen Klinikaufenthaltes eine wesentliche Besserung der Hauterkrankung. Die Borken verschwanden und es kam allmähliche reizlose, gut abgeheilte Haut zum Vorschein.

Die Therapie bestand vorerst in Borsalbeumschlägen, salzfreier Kost und reichlicher Zufuhr von frischem Obst.

Der Dermatologe hielt die Ausschläge anfangs für tuberkulöser Natur, bis das Ergebnis der WaR bekannt wurde.

Bei der Entlassung zeigte (17. 2. 33) die Hautaffektion weitgehende Verheilung. Das Allgemeinbefinden war gut. Es erfolgte die Ueberweisung an den Hausarzt. Drei Wochen später war der Prozeß ganz abgeheilt. — Im September 1933 stellte sich die Patientin wieder vor; die ergriffenen Hautpartien waren gut epithelisiert. Eine antiluische Behandlung war inzwischen nicht mehr eingeleitet worden. Die WaR war am 12. 10. 33 noch positiv. Erst jetzt wurde vom Hausarzt auf Drängen der Klinik eine Salvarsankur begonnen. —

Auffällig ist bei diesem Fall die eigenartig rasche Abheilung des Ausschlages nach zweijähriger Dauer. Wahrscheinlich besteht hier ein Zusammenhang mit den durch die Schwangerschaft bewirkten eingreifenden Umstellungen des Organismus. —

In welches Stadium luischer Hautaffektionen soll man den vorliegenden Fall einreihen?

Es kann sich nur um das syphilitische Sekundärstadium handeln, welches sich bekanntlich bis zu zwei Jahren hinzieht. Diese Auffassung läßt sich mit dem Beginn des Leidens vereinbaren und würde auch das Erlöschen der Affektion ohne eigentliche antiluische Kur verständlich machen.

Zusammenfassend kann also über den zuletzt beschriebenen Fall folgendens gesagt werden:

Es handelt sich um eine bis an die Vulva heranreichende, flächenhaft-ekzematös-ulceröse Hautaffektion mit serpiginösen Rändern bei einer Schwangeren. Die richtige Diagnose: Sekundäres Syphilid konnte erst auf Grund des positiven Ausfalls der Wassermannschen Reaktion gestellt werden.

Literaturverzeichnis.

1. Hdb. d. Gyn., Bd. 5, I 218—562.
2. Halban-Seitz III 1223.
3. Hdb. d. Haut- und Gschl.-Krkht., Bd. 21.
4. Halban-Seitz III 1212.
5. Arch. f. Gyn., Bd. 111 508.
6. Bucura, Die entzündl. Erkr. d. weibl. Geschl.-Organe 1930.
7. Bracht, Ulcus rodens vulvae. Berl. klin. Wochenschr. 1917 394.
8. Joachimovits, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XCV.
9. Frei, Klin. Wochenschr. 1932, 12 512.
10. Curth, Med. Klin. 1931, 32 1176.
11. Buschke-Boas, Med.. Klin. 1931, 43 1562.
12. Frei, Klin. Wochenschr. 1925, 45 2148.
13. Levaditi, D. m. Wochenschr. 1931, 50 2128.
14. Reiß, D. m. Wochenschr. 1931, 37 1577.
15. Hellerström, Klin. Wochenschr. 1931, 13 595.
16. Nicolau, Klin. Wochenschr. 1931, 991.
17. Grippain, Münch. med. Wochenschr. 1932, 38 1524.
18. Magnus, Med. Welt 1932, 42 1492.
19. Meyer-Rosenfeld-Anders, Klin. Wochenschr. 1931, 36 1653.
20. Frei, Münch. med. Wochenschr. 1932, 47 1900.
21. Sachs, Hdb. d. Gyn., Bd. 5, I 362.
22. Schröder, Hdb. d. Gyn., Bd. 1, II 235.
23. Leszsczynski u. Liebhart, Derm. Wochenschr. 1931, 1289 bis 1302.
24. Keller, Derm. Wochenschr. 1931, 44 1693.

Zum Schlusse möchte ich Herrn Privatdozent Dr. Kleine für seine liebenswürdige, hilfsbereite Unterstützung meinen herzlichsten Dank aussprechen.

Lebenslauf.

Ich bin am 16. August 1910 in Wilhelmshaven geboren, als Sohn des kaiserl. Marine-Oberstabsarztes Dr. Ernst Groß und seiner Gemahlin Margarete, geb. Kloß.

Ich besuchte zuerst das Kaiser-Wilhelm-Gymnasium in Wilhelmshaven, dann das Gymnasium der Augustinerschule zu Friedberg in Hessen, wohin mein Vater nach der Revolution 1918 gezogen war. Ich legte im März 1929 die Reifeprüfung ab und studierte dann an verschiedenen Universitäten Medizin; nämlich in Jena, Marburg, Graz, Marburg, wo ich August 1931 das Physikum bestand; ferner in Freiburg, Kiel und Heidelberg. In Heidelberg vollendete ich im November 1934 das Staatsexamen.

Georg Werner Groß.